

son siège, et lorsqu'il prendra le bistouri pour agir, le chirurgien saura d'ordinaire fort mal où le conduira son opération, et s'il s'arrêtera dans la cavité sous-diaphragmatique, dans l'épaisseur du foie ou même dans l'intérieur de la plèvre.

Il est inutile de dire que le *pronostic* d'une telle affection est sérieux, non pas tant à cause des désordres locaux que parce que ceux-ci sont l'indice d'une prédisposition à l'infection tuberculeuse. Il y a lieu cependant de distinguer, au point de vue de la gravité de l'affection, suivant que la tuberculose hépatique et périhépatique se présente comme un accident purement local ou suivant au contraire qu'elle n'est qu'une localisation secondaire d'une tuberculose plus étendue. Dans le second cas, elle est évidemment beaucoup plus grave.

Il faut aussi tenir compte des complications qui peuvent se produire. La plèvre peut être facilement envahie, l'abcès peut s'ouvrir dans quelque viscère, et le premier opéré de Lannelongue, qui fut d'ailleurs guéri, avait rendu par les bronches, quelques jours auparavant, le pus de son abcès.

Le *traitement* ne diffère en aucune façon de celui des autres tuberculoses locales. C'est, ici, du seul abcès froid que j'entends parler, la tuberculose disséminée, d'ailleurs régulièrement méconnue, n'étant justiciable que du traitement médical. L'abcès froid étant reconnu avec certitude, ce qui n'est guère possible que par la ponction, rien ne s'oppose à ce qu'on commence à le traiter comme les abcès froids des autres régions, par l'évacuation du foyer au moyen d'une ponction aspiratrice qui permettra de commencer le traitement en même temps que de préciser le diagnostic. L'éther iodoformé à 5 p. 100 me paraît ici tout indiqué, puisque c'est lui qui, dans les autres collections froides, semble donner les meilleurs résultats. Si l'on craint quelque inconvénient d'une distension exagérée de la poche, rien n'empêchera de remplacer l'éther iodoformé par une des diverses substances qui ont aussi fait leurs preuves ou donné des résultats encourageants, glycérine ou vaseline liquide iodoformées, naphthol camphré, gâïacol, etc.

Il est à craindre que ce traitement ne soit bien souvent insuffisant et qu'on soit obligé de recourir aux grands moyens, c'est-à-dire à l'incision et au grattage. L'incision sera faite plan par plan, couche par couche, au point le plus saillant, comme pour les abcès communs. Quant au grattage, je me demande si, au moins pour les abcès intrahépatiques, ce serait là une manœuvre bien prudente. Le grattage d'un abcès froid n'est efficace qu'à condition d'être énergique, de détruire toute la paroi, d'enlever la couche tuberculeuse entière, ce qui, dans l'intérieur du foie, ne pourrait se faire sans risquer de blesser sérieusement le tissu hépatique et d'amener des hémorragies qui peuvent être insignifiantes et céder au tamponnement, mais qui peuvent aussi être redoutables. Je crois donc préférable de

ne point faire de grattage ou tout au moins de le faire avec une extrême prudence, de façon à n'enlever que les parties les plus superficielles et les moins adhérentes de la paroi. En tout cas, la poche une fois vidée et nettoyée, les parois pourront être touchées avec une solution puissamment microbicide et même réellement caustique, glycérine créosotée, solution de chlorure de zinc à 1/10, etc.

S'il s'agissait nettement d'un abcès sous-diaphragmatique, séparé du tissu friable du foie par la capsule de Glisson épaissie, il y aurait évidemment beaucoup moins d'inconvénients à faire un grattage énergique qui, tout en permettant de bien nettoyer la poche, ne risquerait guère de blesser le foie.

Si, par hasard, on ne trouvait point d'adhérences entre le foie et la paroi, on en créerait par quelques points de suture, absolument comme s'il s'agissait d'un abcès tropical. L'ouverture serait, comme pour ceux-ci, faite immédiatement et l'opération terminée en un seul temps.

Il y a ici un point particulier, bien mis en relief par Lannelongue ; il a trait à la façon dont il est possible d'aborder certaines collections de cette nature et en particulier celles qui viennent faire saillie à la paroi abdominale, au niveau du rebord costal, ou celles qui, un peu plus haut, font bomber les espaces intercostaux. Je veux parler de la résection du rebord costal congue et exécutée par Lannelongue et bien étudiée dans la thèse de Canniot.

Le manuel opératoire en est d'ailleurs des plus simples : « L'incision sera faite au bistouri à 2 centimètres au-dessus du rebord costal. Elle commencera à 3 centimètres du sternum pour finir à l'union de la dixième côte et de son cartilage. Le rebord costal sera isolé et réséqué avec le costotome de Collin. La partie enlevée comprendra les dixième, neuvième, huitième et quelquefois septième cartilages costaux et les espaces correspondants (1). »

Cette opération, qui donne beaucoup de jour, permet d'arriver facilement sur la face convexe du foie sans ouvrir la cavité pleurale, dont le cul-de-sac inférieur se trouve toujours à une certaine distance du rebord costal. Elle est donc évidemment préférable, lorsque l'abcès ne siège pas trop en arrière, à la voie transpleurale, qui, elle, ouvre nécessairement la séreuse, ce qui ne saurait être considéré comme un inconvénient négligeable.

III

LÉSIONS ORGANIQUES

Ce chapitre sera court. Ces lésions organiques ne sont autre chose en effet que les néoplasmes du foie et des voies biliaires, sur lesquels

(1) CANNIOT, *loc. cit.*, p. 35.

la chirurgie n'a que bien peu de prise. Il est même permis de croire que tant que le bistouri sera contre le cancer l'argument suprême, les interventions de cette nature seront toujours limitées à un très petit nombre de cas. Les résultats obtenus jusqu'ici, malgré quelques prouesses de médecine opératoire, sont en vérité bien médiocres, et je ne crois pas qu'ils soient susceptibles d'une grande amélioration. La chirurgie du cancer est partout si terrible et si décevante que lorsqu'elle s'attaque au foie elle ne fait que devenir plus terrible et plus décevante encore ! Et pour les tumeurs bénignes, pour les néoplasmes dont la présence ne constitue pas un danger mortel, je ne vois pas, en vérité, à moins d'indications tout à fait exceptionnelles, comment l'avantage problématique qu'il pourrait y avoir à les enlever pourrait compenser les dangers redoutables nés de l'opération.

Je suis donc pour ma part fermement convaincu que la chirurgie des néoplasmes du foie ne sera jamais qu'une chirurgie d'exception, qu'elle ne donnera que très rarement lieu à des opérations faites de propos délibéré, et ne trouvera guère à s'exercer qu'au cours de laparotomies exploratrices dirigées contre des affections à diagnostic douteux, mais à symptômes assez inquiétants pour légitimer l'ouverture de la cavité abdominale.

Il est nécessaire de faire une distinction entre les néoplasmes du foie et ceux des voies biliaires. C'est pourquoi, bien qu'au point de vue thérapeutique les résultats soient absolument comparables, c'est-à-dire également mauvais, je crois préférable, pour la simplicité de l'étude, de les décrire séparément.

1^o TUMEURS DU FOIE.

Pour l'étude clinique des néoplasmes du foie, je renvoie aux ouvrages de médecine qui traitent du même sujet (1).

Leur nature est assez variable, et si le *cancer* domine et de beaucoup, à cause surtout de la fréquence du cancer secondaire, on y peut rencontrer aussi des *adénomes*, des *fibromes*, des *sarcomes*, des *angiomes*. On y peut rencontrer surtout des *syphilomes*. Mais bien qu'elles aient été parfois l'occasion de tentatives opératoires, il n'est pas permis de ranger parmi les tumeurs les productions syphilitiques.

Quelle que soit la nature de la tumeur, les signes par lesquels elle se révèle sont toujours à peu près les mêmes. On sait combien le foie est silencieux et tolérant et comment ses plus graves altérations peuvent presque passer inaperçues ou tout au moins ne donner nais-

(1) *Traité de médecine et de thérapeutique* publié sous la direction de Brouardel et Gilbert. Paris, 1898, t. V, art. NÉOPLASMES, p. 283. — Voy. également TERRIER et AUVRAY, Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical (*Rev. de chir.*, 1898, p. 403).

sance qu'à de simples troubles du caractère le plus vague. Ce n'est guère que par l'augmentation de volume et surtout par la sensation d'une tumeur profonde que se traduit le néoplasme. Bien souvent, c'est son siège seul au-dessous du rebord costal qui fait localiser l'affection dans le foie, car l'ictère est assez rare et ne survient guère qu'à la suite de circonstances exceptionnelles : compression des voies biliaires gênant l'excrétion de la bile, inoculation secondaire du foie déterminant un ictère infectieux, etc.

C'est donc presque toujours la constatation d'une tumeur profonde dans l'hypocondre droit qui conduit peu à peu à l'idée d'un néoplasme hépatique. Encore faut-il écarter d'autres hypothèses : tumeur de la vésicule, kyste hydatique, abcès, néoplasmes du rein ou de quelque organe voisin. L'absence de douleur a une assez grande importance et permet bien souvent d'éliminer les affections à caractère inflammatoire. On sait, ou plutôt on ne sait pas assez que tous les néoplasmes sont normalement indolents (1), et qu'ils ne deviennent douloureux que dans certaines circonstances qui ne tiennent en rien à leur nature propre. Les affections inflammatoires, et par là j'entends les infections microbiennes d'un caractère plus ou moins aigu, sont au contraire normalement douloureuses. L'indolence d'une tumeur profonde sera donc un bon signe en faveur d'un néoplasme ; mais elle ne permettra pas de le distinguer d'un kyste hydatique, par exemple, et ne renseignera en rien sur son siège. Celui-ci pourra se reconnaître à d'autres caractères : continuité de la matité de la tumeur avec la matité hépatique, influence des mouvements respiratoires, etc. L'étude de certains caractères médicaux des affections du foie, comme la glycosurie alimentaire, pourra aussi rendre des services.

Il est déjà assez difficile d'affirmer la présence d'un néoplasme du foie pour qu'on puisse espérer reconnaître toujours sa nature. Sans doute, la chose est quelquefois des plus simples, et lorsqu'un cancer d'un diagnostic évident siège quelque part dans l'un des organes tributaires de la veine porte, il est tout naturel d'attribuer la même nature et la même origine à une tumeur hépatique.

Lorsqu'un malade présente des signes d'accidents de syphilis grave, il sera permis de soupçonner que des tumeurs hépatiques reconnaissent la même origine. Encore s'expose-t-on à faire quelquefois erreur, un cancer éloigné pouvant fort bien coïncider avec une cholécystite ou un kyste hydatique, et une affection quelconque du foie pouvant parfaitement survenir chez un syphilitique avéré sans être due à la syphilis.

La multiplicité des tumeurs, leur irrégularité sont cependant un

(1) J.-L. FAURE, L'indolence des néoplasmes (*Gaz. hebdomadaire*, février-avril 1895).

assez bon signe en faveur du cancer. En dehors du cancer, et parfois des syphilomes, comment distinguer entre elles les autres affections. Je sais bien que Schroetter (1) a cru pouvoir affirmer la présence d'angiomes du foie sur un malade qui, sans aucun trouble fonctionnel, présentait un foie énorme, dur et inégal, allant d'un hypocondre à l'autre. Il y avait des bruits de souffle systolique qui pouvaient faire pencher en faveur de cette hypothèse. C'est là un cas exceptionnel, d'ailleurs non vérifié, et il faut bien se persuader que, en dehors du cancer, pour les tumeurs peu communes du foie, le diagnostic précis est en général impossible. Il est même quelquefois des plus délicats quand le ventre est ouvert, quand la pièce est en mains, et l'on peut même être contraint de s'en remettre aux histologistes, d'ailleurs souvent en désaccord, pour donner à une tumeur le nom qui lui convient.

Et cependant, cette question du diagnostic précis des tumeurs du foie présente un intérêt considérable, puisque c'est elle, en somme, qui doit décider de la conduite à tenir. Il est évident que si l'on peut arriver avec certitude au diagnostic de cancer du foie, par exemple, il n'en faudra pas davantage pour proscrire toute intervention et éviter au malade une laparotomie exploratrice, qui, si elle ne présente actuellement à peu près aucun danger au point de vue des accidents infectieux possibles, n'en est pas moins une opération sérieuse et suffisante pour ébranler définitivement une santé déjà chancelante. Si l'on peut, au contraire, affirmer la nature bénigne de la tumeur, ce sera là, également, une raison suffisante pour laisser les choses en l'état, car je ne pense pas qu'en dehors de certains cas tout à fait exceptionnels, douleurs extraordinaires, symptômes d'hémorragie interne, compression produisant des phénomènes d'occlusion intestinale, etc., il soit permis de faire courir au malade les chances d'une opération toujours grave, pour le guérir d'une affection qui ne menace point sa vie et qui, même, la plupart du temps, ne le gêne en aucune façon.

Je le répète, l'affirmation, en ces matières, sera rarement de mise, sauf pour certains cas de cancer, et dans ces conditions le chirurgien se trouvera bien souvent conduit, pour peu qu'il y ait des signes inquiétants, à pratiquer une laparotomie exploratrice qui lui permettra de se décider en connaissance de cause et d'intervenir au cas où la nature de l'affection, bien et dûment reconnue, lui semblerait commander une opération.

Et c'est ainsi que les choses se passent.

De sorte que, en réalité, la question qui se pose n'est pas celle de savoir ce qu'il faut faire en présence d'une tumeur du foie préalablement reconnue, — nous avons vu qu'il faut s'abstenir, — mais bien ce

(1) SCHROETTER, *Soc. de méd. de Vienne*, 23 nov. 1891, et *Sem. méd.*, 1891, p. 480.

qu'il convient de faire lorsque, au cours d'une laparotomie exploratrice, on se trouve en présence d'un néoplasme hépatique, lorsqu'on l'a pour ainsi dire sous la main et qu'il s'agit seulement de compléter une intervention déjà commencée.

Sans doute, avec notre outillage moderne, rien ne s'oppose à ce qu'on s'attaque directement au foie et les cas commencent à être nombreux où on a pu faire la résection d'une partie de cet organe.

Sans parler des expériences de Ponfick et de celles de Gluck et Grimm (1), qui montrent qu'on peut enlever jusqu'au tiers du foie et même davantage sans que les animaux en expérience, le lapin dans le cas particulier, en souffrent bien notablement, Bruns, Langenbuch, Terrillon, Loreta, Wagner, Hochenegg, d'autres encore, ont, dans des circonstances diverses, mais non pas pour des néoplasmes, réséqué des portions plus ou moins considérables de la glande hépatique. Les interventions pour des tumeurs du foie commencent elles-mêmes à ne plus être très rares.

Le plus grand nombre des interventions ont été relevées par Kousnetzoff et Pensky (2) et par Terrier et Auvray dans des articles très documentés (3). Depuis les cas de Linz en 1887 et de Langenbuch en 1888, les observations se sont multipliées. Wagner, Tillmans, Tillaux, Hochenegg, Albert en 1890, Lucke, Jacob, Sklifasowsky en 1891, Czerny en 1892, Rosenthal, Eiselberg, Bergmann, Müller, Bardeleben, Koenig en 1893, Israël, Tricomi en 1894, plus récemment encore Groubi, Martin, P. Segond, Roux, Terrier, moi-même, avons enlevé des tumeurs hépatiques de nature et de volume variables et par des procédés divers inspirés par les circonstances. Les résultats de ces opérations hardies n'ont pas toujours été brillants. Dans le cas de Linz, dans celui de Wagner, une hémorragie a emporté le malade au bout de quelques heures et c'est pour une gomme que Wagner avait opéré. Il y a eu dans quelques cas des récidives; il est vrai que chez le malade de Hochenegg, il n'y en avait pas trace dix-huit mois après l'opération. Les succès opératoires sont cependant devenus la règle, la technique s'est perfectionnée peu à peu et l'hémorragie est loin d'être aussi meurtrière que par le passé. Les recherches de Kousnetzoff et Pensky (4), celles d'Auvray (5) qui ont étudié avec soin les meilleurs procédés d'excision et d'hémostase hépatiques, sont très intéressantes et démontrent qu'en employant certaines précautions il

(1) GLUCK et GRIMM, *XIX^e Congrès de la Soc. allem. de chir.*, 10 avril 1890. — *Centralbl. für Chir.*, 1890, n^o 25, p. 69, et *Sem. méd.*, 1890, p. 130.

(2) KOUSNETZOFF et PENSKY, Sur la résection partielle du foie (*Rev. de chir.*, 1896, p. 501 et 954).

(3) TERRIER et AUVRAY, *Rev. de chir.*, 1898, p. 403.

(4) KOUSNETZOFF et PENSKY, *loc. cit.*

(5) AUVRAY, Étude expérimentale sur la résection du foie (*Revue de chir.*, 1897, p. 319).

est possible de se mettre à l'abri, au moins dans une large mesure, des redoutables hémorragies qui viennent trop souvent compliquer les interventions sur le foie. Mais faut-il conclure de ces observations et de ces recherches encourageantes qu'on ira désormais s'attaquer fréquemment, sans hésitation vaine, aux tumeurs hépatiques pour les traiter chirurgicalement ?

Je ne le pense pas, pour les raisons que j'ai exposées plus haut. En revanche, je crois qu'il est permis de penser que, lorsqu'une laparotomie exploratrice l'aura conduit sur une tumeur hépatique, le chirurgien sera autorisé à en tenter l'extirpation, au moins dans un certain nombre de cas. Ces cas sont ceux dans lesquels la tumeur semblera pouvoir être entièrement enlevée sans faire courir de trop grands risques au malade. Si la tumeur est unique, isolée, si surtout elle ne tient au foie que par un pédicule, ce pédicule fût-il assez large et assez épais, ainsi qu'il s'est rencontré dans plusieurs observations, je ne vois pas pourquoi on n'en tenterait pas l'ablation.

Il est bien entendu d'ailleurs que celle-ci ne saurait être conseillée que s'il s'agit d'un néoplasme véritable. L'extirpation des tumeurs syphilitiques qui a été faite plusieurs fois, et qui d'ailleurs a parfois entraîné la mort, doit être sévèrement proscrite, et je ne comprends pas comment Kousnetzoff et Pensky peuvent la conseiller. Il est vrai que le diagnostic n'est pas toujours aisé et qu'en présence de la tumeur il est parfaitement possible d'hésiter. En dehors du cancer, en dehors de l'angiome, la plupart des tumeurs ne peuvent guère être anatomiquement reconnues qu'après l'opération, et c'est le microscope qui a appris à Bergmann qu'il avait enlevé un adénome et à Müller que sa tumeur était un cysto-sarcome.

Quant au procédé opératoire le plus recommandable c'est celui qui donnera la plus grande sécurité. Il ne s'agit pas simplement de faire une opération brillante; il s'agit avant tout de faire une opération utile, ou plutôt, au cas où on se trouverait en présence d'une tumeur bénigne, de ne pas faire une opération nuisible. Or, le grand ennemi est ici l'hémorragie, et il est sage de se décider en faveur du procédé opératoire qui permettra le mieux de la prévenir et de la combattre. La ponction seule peut entraîner la mort lorsqu'elle porte sur une tumeur vasculaire. Broca et Terrier ont ainsi perdu des malades et Ricard a failli en perdre un. On ne saurait donc être trop prudent dans les manœuvres chirurgicales dirigées contre certaines de ces tumeurs qui sont parfois constituées par une véritable tissu caverneux.

Évidemment, si la tumeur ne tient au foie que par un pédicule peu important, on pourra tenter l'excision simple au bistouri ou au thermocautère, avec ligature des vaisseaux qui donnent du sang, suture de la plaie hépatique et abandon dans l'abdomen; c'est ce qu'ont fait Loreta, Bergmann, Terrier. C'est aussi ce qu'a fait Kœnig qui recom-

mande fort cette méthode. C'est ce que j'ai fait moi-même, non pour une tumeur, mais pour une languette hépatique adhérente à un ulcère de l'estomac siégeant près du cardia et que j'ai extirpé avec succès. Dans ce cas, le tissu hépatique a été sectionné au thermocautère et aux ciseaux, au-dessus d'une anse de soie, et le pédicule a été abandonné dans le ventre. Kousnetzoff et Pensky, Auvray, préconisent également cette façon de faire. Le conseil qu'ils donnent de n'employer que des aiguilles mousses afin d'éviter la perforation des vaisseaux un peu importants est certainement excellent, et on le suivra. Mais, quelle que soit la sécurité que leur ait donnée la ligature en masse du tissu hépatique, j'avoue qu'il faudrait que je fusse bien sûr de mon hémostase pour me résoudre à abandonner un tel moignon dans la cavité abdominale, avec un pédicule un peu large ou dont l'hémorragie, pendant la section, aurait été difficile à arrêter.

Il est évidemment plus prudent, pour peu que le pédicule ne soit pas très petit, et qu'il puisse sans difficultés être attiré en avant, d'employer la méthode extrapéritonéale, de fixer dans la plaie pariétale le pédicule au niveau du point où il doit être tranché, puis d'enlever la partie malade soit au bistouri, soit au thermocautère en liant les vaisseaux qui saignent autant qu'il est possible de le faire dans le tissu friable du foie, et en tamponnant avec soin la surface saignante.

Si l'on craint d'avoir à sectionner, dans le pédicule ou la languette hépatique qu'il faut trancher, des vaisseaux d'importance trop grande, on pourra, après avoir de même fixé le foie dans la plaie au niveau du point où il devra être sectionné, employer la ligature élastique. Ce procédé a donné à Babacci (1) de bons résultats expérimentaux et Terrillon et Lucke l'ont employé avec succès. La portion du foie que l'on veut extirper est ainsi extériorisée. Étranglée par la ligature élastique, elle ne tarde pas à se mortifier et peut être enlevée sans inconvénient. Lucke l'a fait au bout de six jours, et Terrillon au bout de sept. Je crois que la ligature élastique est une complication inutile, et, le cas échéant, je me contenterai d'une chaîne de soie solide, ou même de catgut qui aurait l'avantage de n'avoir pas à s'éliminer.

Tous les néoplasmes ne sont pas pédiculés et on pourrait, à l'occasion, faire dans le foie une véritable excision cunéiforme selon le procédé de Kousnetzoff et Pensky (2). Après excision en coin et ligature des vaisseaux principaux, on tamponne la perte de substance et on établit par-dessus le tampon un surjet sur les lèvres de la brèche hépatique. Au bout de quelques jours, la mèche de gaze est enlevée en une ou plusieurs séances. Mikulicz a employé ce procédé dans un cas de syphilome et a obtenu un beau succès.

(1) BABACCI, La sutura elastica del fegato (*Riforma med.*, 1889, t. V, p. 589).

(2) Voy., pour la description de ce procédé, *Rev. de chir.*, 1896, p. 968.

2^o TUMEURS DE LA VÉSICULE ET DES VOIES BILIAIRES.

Depuis la thèse de Maurice Dénucé (de Bordeaux) (1), la chirurgie de la vésicule biliaire a marché. Pour ce qui a trait aux tumeurs, les progrès qu'elle a pu faire sont bien médiocres, et si les chirurgiens sont devenus plus entreprenants, les résultats qu'ils ont obtenus ne sont pas de nature à encourager beaucoup leur hardiesse. Ceci s'applique surtout, bien entendu, aux tumeurs malignes, au cancer, car pour les *tumeurs bénignes*, d'ailleurs extrêmement rares, il n'en est évidemment pas de même. Les quelques cas de *fibromes*, de *papillomes* et surtout de *polypes muqueux* qui ont été publiés et qui, lorsqu'ils ne sont pas des trouvailles d'autopsie, ne se signalent guère que par les accidents de lithiase qui les compliquent, n'ont pas plus d'intérêt pour le chirurgien, qui n'en a que faire, que pour le clinicien, qui les méconnaît. Les seules tumeurs dont il y ait quelques mots à dire sont donc les *tumeurs malignes*.

Quand elles se développent dans les voies biliaires directes, en dehors de la vésicule, elles peuvent parfois présenter un intérêt chirurgical.

C'est ainsi que le *cancer de l'ampoule de Vater*, affection d'ailleurs fort rare, puisque la thèse de Busson (2) n'en rapporte que 11 cas, auxquels il faut adjoindre les cas récents de Hanot (3), de Rendu (4), de Max Durand-Fardel (5), se présente avec des particularités assez nettes. C'est un cancer en général très limité, à marche lente, entraînant un ictère plus ou moins intense. La mort est toujours survenue, dans les cas connus, par suite de l'obstruction biliaire et avant toute généralisation du néoplasme. Dans ces conditions, on pourrait rendre un grand service au malade en dérivant par une entérostomie biliaire, le cours de la bile accumulée derrière l'obstacle.

Les *cancers du canal cholédoque* ressemblent beaucoup à ceux de l'ampoule de Vater, à peu près aussi rares; ils donnent lieu aux mêmes symptômes (6) et me semblent justiciables du même traitement. Il est vrai de dire que, au moment où le traitement est applicable, le diagnostic exact est vraiment impossible et que si l'on abouche la vésicule biliaire dans l'intestin c'est pour combattre les phénomènes d'obstruction biliaire indépendamment du mécanisme de l'obstruction que l'on ne peut que soupçonner.

Mais le *cancer de la vésicule* donne lieu en général à des phéno-

(1) DÉNUCÉ, Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire, thèse d'agrégation. Paris, 1886.
 (2) BUSSON, Du cancer de l'amp. de Vater, thèse de Paris, 1896.
 (3) HANOT, Congrès pour l'avancement des sciences. Carthage, 1896.
 (4) RENDU, Soc. méd. des hôp., avril 1896.
 (5) MAX DURAND-FARDEL, Presse méd., 1896, p. 285.
 (6) DEETJEN, Deutsches Archiv f. klin. Med., Band. LV, et Sem. méd., 1895, p. 204.

mènes plus accessibles et qui peuvent souvent permettre de préciser, sinon la nature du mal, au moins le siège de la maladie.

Il y a en effet bien souvent une tumeur de la vésicule appréciable à la palpation. Stiller (1), dont l'étude est basée sur 5 cas de cancer primitif, a rencontré 2 fois une tumeur nettement vésiculaire; dans les 3 autres cas, la configuration et le siège de la tumeur auraient pu la faire confondre avec une tumeur du voisinage, foie, estomac ou intestin. Il n'en est pas toujours ainsi et Lancereaux (2), dans un cas, a vu une vésicule petite, ratatinée, dont les parois infiltrées et denses se confondaient avec le foie. Non seulement elle n'était pas augmentée de volume, mais son diamètre total atteignait à peine celui du petit doigt. Dans un autre cas, le même auteur a rencontré une vésicule énorme complètement dégénérée. Le foie lui-même était volumineux et masquait la tumeur vésiculaire au point qu'on fut longtemps à penser à une cirrhose biliaire.

L'ictère est assez fréquent et Villard (3) l'a rencontré 14 fois sur 17 cas. Au dire de Stiller, il est souvent tardif et ne survient qu'avec l'envahissement du canal hépatique ou celui du canal cholédoque.

La *douleur*, les *troubles digestifs* de toute nature ne présentent rien de particulier et ne sauraient renseigner en rien sur la nature épithéliale du mal.

Cette douleur peut souvent même induire en erreur et faire penser à une simple lithiase, d'autant plus qu'il est très ordinaire de voir la lithiase associée au cancer de la vésicule. C'est une coïncidence universellement signalée. Stiller se demande si, dans ces conditions, qui indiquent d'évidentes relations de cause à effet, c'est le cancer qui provoque la formation des calculs, ou si c'est au contraire l'irritation produite par la présence des calculs qui amène le développement du cancer. Klebs, Heitler, penchent pour la seconde hypothèse; sans entrer dans une discussion approfondie, il me paraît beaucoup plus simple d'admettre avec Cornil, Ranvier, Morin, P. Segond, que c'est le développement du cancer vésiculaire qui, en faisant obstacle à l'écoulement de la bile, en favorisant l'infection de la vésicule, provoque la précipitation des calculs.

Quoi qu'il en soit, il y a là, entre les néoplasmes malins de la vésicule et la lithiase biliaire, une sorte de terrain commun qui peut souvent rendre le diagnostic fort hésitant. L'évolution de la maladie, l'aggravation de l'état général, l'apparition de la cachexie peuvent seules, dans un grand nombre de cas, permettre de se décider en faveur de l'une ou l'autre hypothèse. Comme la lithiase biliaire, le cancer de la vésicule se rencontre presque toujours chez des femmes.

(1) STILLER, Medicinische Presse, 1880, et Sem. méd., 1886, p. 302.
 (2) LANCEREAUX, Du cancer de la vésicule biliaire (Sem. méd., 1887, p. 334).
 (3) VILLARD, Mouvement médical, 1870.

Les cinq malades de Stiller étaient des femmes et Heddaeus sur 23 malades n'a trouvé que 4 hommes.

Stiller pense que, lorsque le cancer de la vésicule est abandonné à lui-même, sa durée est longue, et atteint en général cinq ou six ans. Lanceraux est moins optimiste et croit son évolution beaucoup plus rapide.

L'extension aux parties environnantes, au foie, au péritoine, l'ulcération des cavités voisines, l'infection sous toutes ses formes, l'hémorragie, l'affaiblissement progressif amènent tôt ou tard une terminaison fatale et que rien ne peut enrayer.

En dehors des traitements médicaux destinés à apaiser les souffrances, à stimuler l'appétit, je ne crois pas qu'il faille attendre grand'chose du *traitement chirurgical*.

Ce n'est pas que la cholécystectomie, la seule intervention raisonnable, soit faite pour effrayer le chirurgien. Mais elle donne vraiment dans ces conditions de bien médiocres résultats.

Hochenegg, il est vrai, a eu un beau succès. Il a enlevé une vésicule cancéreuse et la partie voisine du foie envahie, chez une femme qui, dix-huit mois après, était encore sans récidive. Mais à côté de ce succès, Riedel et Czerny pour des sarcomes, Kocher pour un carcinome ont fait des opérations incomplètes, et se sont bornés à ouvrir la vésicule. P. Segond (1) pense, et il a évidemment raison, qu'il est préférable, à l'exemple de L. Tait, de Courvoisier, de Socin, de se borner à refermer le ventre lorsque toute opération radicale semble impossible.

Plus récemment, Heddaeus (2), dans un travail basé sur 23 cas, résume la pratique de Czerny. Ce chirurgien, dans les 9 cas pour lesquels il est intervenu, a dû trois fois se borner à une laparotomie exploratrice. Dans un cas où il y avait propagation au pylore, il fit une gastro-entérostomie à laquelle le malade ne survécut que vingt-cinq jours. Dans 2 cas, où il se borna à une cholécystostomie, il eut une mort au bout de six jours et une guérison opératoire qui n'empêcha pas le malade de mourir un an plus tard. Enfin, sur trois extirpations totales, il eut deux morts et une guérison opératoire qui n'a évidemment pas empêché le malade de mourir quelque temps après, puisqu'il ne put enlever deux ganglions dégénérés.

Ces résultats de la pratique d'un chirurgien de grand mérite sont évidemment des plus médiocres et n'ont rien de bien encourageant. On dira que ces désastres tiennent aux mauvaises conditions dans lesquelles les malades ont été opérés, et on aura raison de le dire. Il est évident qu'un cancer de la vésicule ne trouvera quelque chance

(1) P. SEGOND, *Traité de chirurgie*, publié sous la direct. de Duplay et Reclus, t. VII, p. 316.

(2) HEDDAEUS, *Beiträge zur klin. Chir.*, Band XII, 2, et *Sem. méd.*, 1895, p. 251.

de guérison que dans une opération complète, et une opération ne pourra être complète qu'à condition d'être très précoce. Et nous nous heurtons ici à un nouvel obstacle. Comment faire une opération précoce, alors que le diagnostic de la maladie est à peu près impossible, au moins au début, précisément dans la période favorable? La question est donc insoluble, ou plutôt elle n'a qu'une solution. Cette solution, c'est la laparotomie exploratrice extrêmement hâtive, tout à fait au début, au moindre signe, au moindre soupçon d'une affection vésiculaire chronique. Mais chaque chose vient en son temps et nous n'y sommes point encore.

IV

LÉSIONS DE NUTRITION

J'emploie ce titre, faute d'en trouver un meilleur, parce que les affections de cet ordre me paraissent dépendre d'un trouble particulier de l'économie, d'un défaut de la nutrition générale, beaucoup plus que des conditions spéciales dans lesquelles fonctionne la glande hépatique chez les malades qui en sont atteints. Ce sont avant tout des affections médicales, et si depuis quelque temps l'une d'elles a singulièrement bénéficié des progrès de la chirurgie, c'est parce que la chirurgie, sans avoir aucune prise sur sa cause première, permet de traiter victorieusement ses complications les plus graves. Les lésions de cet ordre qui intéressent le chirurgien sont au nombre de deux : l'une, l'*hépatoptose*, ne nous retiendra pas longtemps, l'autre, la *lithiase biliaire*, mérite, au contraire, par ses complications chirurgicales, une étude approfondie. On sait qu'on tend de plus en plus à admettre une infection des voies biliaires à l'origine de la lithiase. Cette affection pourrait avec vraisemblance être décrite avec les lésions infectieuses. Comme ce n'est pas là un fait péremptoirement démontré, comme il est possible sinon probable que la lithiase biliaire soit favorisée, au moins dans certains cas, par un vice de la nutrition générale, il est plus simple de me conformer aux habitudes actuelles et de la décrire en ce lieu.

1^o HÉPATOPTOSE.

L'hépatoptose, encore appelée foie mobile, foie flottant, *hepar-migrans*, etc., est la chute du foie à la suite du relâchement de son appareil suspenseur. Cette définition exclut donc les cas dans lesquels le foie est abaissé mécaniquement, par un épanchement pleural par exemple, et elle a l'avantage de préciser en même temps que le